

Opioidikorvaushoito voi mahdollistaa työllistymisen

PEKKA LAINE & RIIKKA ANNILA

Johdanto

Opioidikorvaushoitoa arvioidaan usein sen perusteella, kuinka moni hoitoon osallistuneista on raitistunut kokonaan, jolloin hoidon tulokset ovat vaikeasti mitattavissa ja näyttävät huonolta. Tuloksia voidaan mitata muillakin tavoilla. Yhteiskunnan kannalta hoidon arvioidaan vähentävän huumeidenkäytön aiheuttamia haittoja niin, että hyödyt ovat 2–8-kertaisia päihdehoitoon käytettyä euroa kohden (Espegren & Kristensen 2012). Päihdekuolemat, sairaudet ja yleinen turvallisuus paranevat samalla kun päihteen leviäminen käyttöönsä rahoittavilta addikteilta noviiseille vähenee.

Edellisiä kokonaisvaltaisempi onnistuneen hoidon mittari on *työllistyminen*: yhteiskunnallisen haitta on vaihtunut verotulojen tuottamiseen ja yksilön kokemus stigma aktiivisen kuntoutujan itsearvostukseen. Freudin sanoin, terveys on kykyä rakastaa ja tehdä työtä. Tarkastelemme tässä artikkelissa vuosina 2009–2011 Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan kautta opioidikorvaushoitoon tulleiden potilaiden tilannetta hoidon alussa ja hoidon kuluessa.

Tutkimuksen tausta

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikka Oulussa on Helsingin lisäksi Suomessa toinen paikka, jossa sosiaali- ja terveysministeriön ohje (STM 1997) mahdollisti opioidikorva-

ushoitojen aloituksen. Buprenorfiinin nopea leviäminen 2000-luvun vaihteessa toi alueelle siitä vaikeasti riippuvaisia potilaita. Alkuun potilaat olivat oululaisia, mutta kun Oulu otti potilaat vastuulleen, psykiatrian poliklinikan hoito kattoi ympäristökuntien potilaita laajasti Oulun läänin alueelta ja Meri-Lapista.

Etäisyydet olivat pitkiä, minkä vuoksi hoito toteutettiin kuntien terveyskeskusten ja sosiaalitoimen sekä psykiatrian klinikan yhteistyönä. Hoidon arviointi tapahtui poliklinikalla läheteikäntännöllä, hoidon aloitus vastaanotto-osastolla ja jatkohoito terveyskeskuksissa poliklinikan tuella. Korvaushoitoon potilaat pyrittiin saamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, kun opioidiriippuvuus vaikutti selkeältä. Joillakin hyväksyttiin omaehtoiset vieroittautumisyritykset, jos riippuvuus oli vaikea. Lääkkeen jakelu ja laboratorioseulonta tapahtuivat terveyskeskuksissa, joissa oli mahdollisuus psykososiaaliseen hoitoon päihdetyöntekijän tai mielenterveystyöntekijän (psykologi, erikoissairaanhoitaja tai mielenterveyshoitaja) vastaanotolla.

Hoitoneuvotteluja järjestettiin 3–6 kuukauden välein. Niissä käytiin läpi kunkin työntekijän työn tulokset, potilaan tarpeet ja tehtiin suunnitelmat senhetkisten ongelmien hoitamiseksi. Terveyskeskuslääkäreiden läsnäolo vaihteli kunnittain. Potilaan oma sosiaalityöntekijä otettiin mukaan, sillä useimmilla potilailla oli muun muassa asumiseen, raha-asioihin ja lastensuojeluun liittyviä tarpeita. Neuvottelut ohjasi psykiatrian poliklinikan erikoislääkäri – joko itse läsnä ollen tai videoneuvottelujärjestelmän kautta. Henkilökuntaa pyrittiin motivoimaan hoitomuotoon hoitoneuvotteluissa ja erikseen järjestetyillä luennoilla.

Henkilökunnalle tehtiin myös nimetön kysely korvaushoidon hyväksyttävyydestä. Vastanneista

Sidonnaisuudet. Pekka Laine: Luentopalkkioita: Lundbeck, Eli Lilly, Reckitt-Benckiser. Asiantuntijapalkkioita: Pfizer, Reckitt-Benckiser. Kongressikuluja: Lundbeck. Riikka Annila: ei sidonnaisuuksia

15 piti hoitomuotoa hyväksyttävänä, kahdeksan ei pitänyt. Viiden vastaus oli ehdollinen tai tulkinvarainen. Sairauskertomusmerkinnät tehtiin erikoissairaanhoidon, josta ne lähetettiin palautteena terveyskeskukseen. Hoidollinen vastuu oli jaettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken.

Korvaushoitoa koskevia valtakunnallisia ohjeita on käypä hoito -suosituksessa (Duodecim 2006) ja opiaattikorvaushoitoa koskevassa asetuksessa (STM 2008). Myös hoitotakuu (Laine 2010) sisältää korvaushoidon yhtenä kiireettömänä päihdehoitona. Valtakunnallisesti tämä on aiheuttanut skismaa, sillä korvaushoito vie runsaasti resursseja kiireelliseltä päihdetyöltä. Käytännöllisiä ohjeita on julkaistu myös kotimaisessa lehdessä (Pirkola & al. 2007, 1973–1981).

Hoidon sisällön yhtenäistämiseksi koko Pohjois-Suomen ERVA-alueella varten tehtiin seikkaperäiset hoitosopimukset ja hoito-ohjeet, joita täydennettiin ongelmien ilmetessä. Ohjeiden nykyinen versio löytyy PPSHP:n kotisivuilta (Laine 2015). Ohjeistossa pyrittiin käyttäytymisterapian mukaisesti (Tuomisto 2009) ohjaavaan palkkiorangaistus-käytäntöön. Siinä mukailtiin Helsingin vahvistussuhteiden hallintaohjelman mallia, jossa potilas tulee tietoiseksi tilanteiden, käyttäytymisen ja sen seuraamusten välisestä yhteydestä. (Saija Turtiainen, henkilökohtainen tiedonanto). Hoidossa käytettiin persoonallisuushäiriöiden korkea osuus huomioon ottaen elementtejä dialektisesta käyttäytymisterapiasta (Käver & Nilsson 2009) ja skeematerapiasta (Young & al. 2012). Oikeus saada lääkkeitä kotiin liitettiin portaittain, jos hoito onnistui ilman viikoittaisissa huumeseuiloissa näkyvää muiden huumeiden oheiskäyttöä. Kotilääkeoikeus alkoi yleisesti kuuden kuukauden rikkeettömän hoidon jälkeen. Tämän jälkeen kotilääkepäiviä lisättiin kuukausittain. Seuloissa näkyvä oheiskäyttö siirsi kotilääkityksen alkamista kuukaudella tai vähensi yhden päivän kertaa kohti. Työssä olo ja työllistyminen aikaistivat kotilääkityksen alkamista kolmella kuukaudella. Vaikeissa oheiskäyttötilanteissa hoito keskeytettiin porrastaen, mutta potilailla oli mahdollisuus hakeutua hoitoon uudelleen puolen vuoden kuluttua.

Korvaushoitolääkkeenä käytettiin ensisijaisesti buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmistetta, joka on tutkimusten mukaan ja myös meidän aineistossamme potilaiden paremmin hyväksymää kuin metadoni (Kakko & al. 2007, 797–803). Lain (STM 1992) mukaan tähän on poti-

laalla oikeuskin, ellei muun lääkkeen käyttöön ole lääketieteellistä syytä. Metadonia käytettiin korvaushoitolääkkeenä, ellei buprenorfiinikorvaushoidolla saatu oheiskäyttöä kuriin. Usein näin tehtiin kahden epäonnistuneen hoitoyrityksen jälkeen.

Bentsodiatsepiinit ja myöhemmin gabapentiinit otettiin riippuvuustilanteissa osaksi korvaushoitoa, mutta ne purettiin useimmiten hoidon ensimmäisen vuoden aikana. Bentsodiatsepiinien vieroituslääkkeenä käytettiin pääasiassa klordiatsepoksidia, jonka annos porrastettiin alas puolen vuoden aikana. Ongelmaksi muodostunut pregabaliiniriippuvuus pyrittiin vakiinnuttamaan gabapentiiniksi ja lopettamaan vastaavasti porrastaen. Psykoterapeuttinen tuki ahdistuksen käsittelyyn kohdistettiin varsinkin bentsodiatsepiinien alajon ajalle.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa kartoitettiin sairauskertomuksen perusteella kaikki vuosina 2009–2011 OYS:n psykiatrian tulosyksikössä aloitetut opioidikorvaushoitopotilaat. Sairauskertomuksista etsittiin sosiodemografisia muuttujia hoitoon tullessa, vuoden kuluttua hoidon aloituksesta ja tutkimushetkellä, mikä aineistossa oli keskimäärin kaksi vuotta hoidon aloituksen jälkeen. Tutkimusta varten haettiin lupa OYS:n eettiseltä toimikunnalta.

Tiedot kerättiin potilaiden sairauskertomuksista ja kyselykaavakkeista. Prosentuaaliset jakaumat laskettiin SPSS-ohjelmalla.

Tulokset

Tutkimukseen otettiin 47 korvaushoitopotilasta, joista 38 oli miehiä ja 9 naisia. Naisista 4 oli raskaana. Potilaiden keski-ikä oli tutkimushetkellä 30 vuotta. Nuorin oli 22 ja vanhin 44 vuotta. Miesten keski-ikä oli 30 ja naisten 29 vuotta. Korvaushoidon aloitushetken keski-ikä oli 28 vuotta, miehillä 28 ja naisilla 27. Potilaiden muita sosiaalisia taustatietoja on taulukossa 1. Suurimmalla osalla, 64 prosentilla, korkein suoritettu koulutus oli peruskoulu. Ammattikoulun oli käynyt 30 ja lukion 6 prosenttia. Kesken jääneitä tai kesken olevia opintoja oli 64 prosentilla. Ammattikoulu oli kesken 40 prosentilla, lukio 15 prosentilla, ammattikorkeakoulu 6 prosentilla (3/47) ja yliopisto 2 prosentilla (1/47).

Taulukko 1. Sosiodemografiset tiedot.

	N	%
Naimisissa	7/47	15
Seurustelee	16/47	34
Ei seurustele	24/47	51
Lapsia	16/47	34
Asuu yksin	19/47	40
Avoliitossa	14/47	30
Asuu vanhempien kanssa	9/47	19
Asunnoton	5/47	11
Työtön	41/47	87
Eläkkeellä	3/47	6
Lomautettu	1/47	2
Työssä	1/47	2
Sairauslomalla	1/47	2
Tuettu toimeentulo	44/47	94
Velkaa	36/47	77
Rikoksia	40/47	85
Vankilatuomioita	21/47	45
Itsemurhayrityksiä	16/47	34
Traumaattinen lapsuus	15/44	34
Vanhempien avioero	19/45	42

Eri aineiden käytön alkamisikä on esitetty taulukossa 2. Suurin osa potilaista on aloittanut tupakan- ja alkoholin käytön melko nuorena. Potilaista 66 prosenttia on aloittanut alkoholin käytön viimeistään 13-vuotiaana. Alkoholin ja tupakan jälkeen seuraava päihde on monesti kannabis, ja osa on myös impannut liuottimia teini-iässä. Tämän jälkeen tulevat amfetamiini ja bentsodiatsepiinit lähes samoihin aikoihin. Opioidit ja pregabaliini ovat usein viimeksi käyttöön tulleet aineet päihteiden käytön jatkumossa.

Taulukko 2. Aineiden käytön alkamisikä.

Aineiden käytön alkamisikä (vuotta)	keski-ikä	nuorin	vanhin
Tupakka (n = 29)	13,7	7	21
Alkoholi (n = 46)	12,9	9	18
Kannabis (n = 47)	16,2	12	28
Amfetamiini (n = 47)	18,7	13	29
Bentsodiatsepiinit (n = 46)	18,4	13	28
Opioidit (n = 47)	19,9	13	31
Pregabaliini (n = 4)	27,0	23	37

Taulukko 3. Aineiden käyttö hoitoon tullessa.

	N	%
Alkoholi	20/46	44
Kannabis	34/46	74
Amfetamiini	37/46	80
Bentsodiatsepiinit	44/46	96
Pregabaliini	11/45	24

Alkoholin runsasta käyttöä jossakin elämänvaiheessa on ollut 75 prosentilla, kannabiksen 49 prosentilla ja amfetamiinin 83 prosentilla. Bentsodiatsepiinien runsasta käyttöä on ollut 94 prosentilla ja pregabaliinin 15 prosentilla. Hoitoon tulovaiheessa esiin tullut aineiden käyttö on kuvattu taulukossa 3. Lähes kaikki opioidikorvaushoitoon tulevat potilaat ovat siis sekakäyttäjiä.

Aikaisempia opioidihoitoja oli 77 prosentilla. Muita, esimerkiksi alkoholiin tai amfetamiinin käyttöön liittyviä, päihdehoitoja oli 72 prosentilla. Muita psykiatrisia hoitoja oli ollut 38 prosentilla.

Suurimmalla osalla potilaista oli myös psyykkisiä häiriöitä. Jokin psyykinen häiriö löytyi 89 prosentilta. Komorbidien häiriöiden esiintyvyys on esitetty taulukossa 4.

Hoidossa pysyi 77 prosenttia (36/47) aloittaneista. Potilaista 10 lopetti hoidon, ja näistä 6 aloitti sen uudelleen. Hoidon myötä työelämään siirtyminen oli yllättävän nopeaa ja runsasta (taulukko 5). Aineistoomme ei sisälly kuolemantapauksia hoidon aikana tai hoitoon pääsyä odottaessa.

Taulukko 4. Komorbidit häiriöt.

	N	%
Jokin psyykinen häiriö	42/47	89
Masennus	37/46	80
Persoonallisuushäiriö	22/45	49
Sosiaalisten tilanteiden pelko	15/45	33
Paniikkihäiriö	18/45	40
Määrittämätön ahdistuneisuushäiriö	27/45	60
Unihäiriöt	22/45	49
Oppimis-/keskittymishäiriöt	19/47	40
Iatrogeeninen aloitus*	2/45	4
Hepatiitti C	35/41	85
Muu kuin somaattinen sairaus kuin hepatiitti C	17/47	36

*Väärinkäyttö alkanut lääkärin määräämästä opiaatista.

Taulukko 5. Hoidon myötä työelämään siirtymisen.

	N	%
Kuntouttava työtoiminta	15/37	41
Aktiivinen työllistämissuunnitelma osana hoitoa	6/37	16
Palkkatyö	7/37	19
Opiskelu	1/37	3
Eläke	1/37	3
Ei työllistymistä	7/37	19
Työssä jo vuoden kuluttua hoidon aloituksesta	12/32	38
Töissä tutkimushetkellä	23/41	56

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa potilaiden työllistyminen oli huomattavan runsasta verrattuna muualla julkaisuihin tuloksiin. Työllistymiseksi luettiin myös kuntouttava työtoiminta. Kuntouttava työtoiminta on sosiaalihuollon järjestämää sosiaalista kuntoutusta, jota aikaisemmissa kotimaisissa tutkimuksissa ei luettu työllistymiseksi. Silti palkkatyötäkin teki 19 prosenttia kuntoutujista. Pääkaupunkiseudulla tehdyissä tutkimuksissa työllistyminen tai opiskelemisen alkaminen toteutuivat 1,5 vuodessa vain 4–10 prosentilla (Tourenen & al. 2007, 797–803; Vormaa & al. 2005, 1013–1016; Vormaa & al. 2009, 1853–1857). Oulun kaupungin korvaushoitojärjestelmän 130 potilaasta 13 (10 %) on työssä, 24 (18,5 %) on kuntouttavassa työtoiminnassa ja 10 (7,7 %) opiskelee (Tuomo Seppänen, henkilökohtainen tiedonanto). Useissa Euroopan maissa työllistyminen on 15 prosentin luokkaa, Italiassa jopa 50 prosenttia (Littlewood 2014).

Syitä tähän olemme pohtineet. Varhainen hoitoon pääsy toi hoitoon helposti hoidettavan, valikoitumattoman aineiston. Jos korvaushoitoa taas pidetään viimeisenä vaihtoehtona, valikoituu hoitoon rappeutuneimpia ja vaikeahoitoisimpia potilaita. Kotilääkeoikeuden varhainen mutta ehdollinen saanti toimi selkeänä houkuttimena aktiiviselle työnhauille. Selkeillä sopimuksilla potilaat saattoivat konkreettisesti vaikuttaa hoitoonsa, mitä pidettiin parempana kuin tunneherkkää harkinnanvaraisuutta. Vastaavasti työkuntoiseksi pyrkiminen edellytti oman elämän järjestämistä. Potilaat olivat tässä yllättävänkin aktiivisia sii-

tä huolimatta, että velkaantuneena, tuetulla toimeentulolla eläessään he hyötyvät palkkatuloista vain vähän, koska menettävät sen myötä sosiaali-etuuksia. B-lausunnollakin pelkästään peruskorvattavan lääkkeen korkea hinta esti työllistyneiden lääkkeen siirtämisen apteekkijakeluun, koska palkkatulo olisi mennyt lääkkeeseen.

Moniammatillisen tiimin tukemana päihteidenkäyttöön liittyviin psykososiaalisiin ongelmiin oli etsittävässä hoitoneuvotteluissa ratkaisuja. Kokouksessa sovitut asiat toteutuivat paremmin kuin jos asiat olisivat jääneet potilaiden itse virastoissa järjestettäväksi. Yksi onnistumisen syistä oli luultavasti se, että potilaat saivat hoitoa ja sosiaalihuollon palveluja erikoissairaanhoidon tukemina omissa kotikunnissaan, joissa heidät tunnettiin ja joissa heille voitiin järjestää yksilöllisiä ja tarpeen mukaisia palveluja. Henkilökunnan motivoimiseen käytettiin aikaa, koska useimmissa kunnissa hoidot aloitettiin ilman, että kunnassa olisi tämäntapaisia potilaita aiemmin kyetty hoitamaan. Kaikki hoitoon osallistuvatkaan eivät silti pitäneet hoitomuotoa hyväksyttävänä, mikä saattaa heijastua potilaiden kohteluun ja sitä kautta potilaiden kokemuksiin tuomitukseksi tulemisesta, häpeästä ja syyllisyydestä. Motivoivan haastattelun (Koski-Jännes & al. 2008) sisältämä ajattelu syyllistämättömästä, potilaslähtöisestä suhtautumisesta vähensi konfliktierkkien potilaiden ja usein syyllistämiskeskeisen henkilökunnan välisiä konflikteja ja antoi tilaa kehittymiselle.

Ennakkoluuloja vastaan tehtiin aktiivista työtä, mutta parhaita mannekiineja olivat potilaat itse. He olivat usein niitä terveyskeskusten vaikeaksi kokemia uhkaavasti käyttäytyviä lääkkeitä pyytäjiä, jotka hoidon alettua muuttuivat yhteistyökykyisiksi oman tulevaisuutensa rakentajiksi. Suuriin kaupunkeihin verrattuna he saattoivat toki olla hiukan vähempiongelmaisia maalaisihmisiä, joiden vaatimattomaan verkostoon kuului muitakin kuin toisia käyttäjiä. Toisiin suomalaisiin tutkimuksiin (Tourenen & al. 2009, 421–428; Vormaa & al. 2005, 1013–1016; Vormaa & al. 2009, 1853–1857) verrattuna persoonallisuushäiriöiden osuus oli matalampi, 47 vs. 51–86 prosenttia. Taustatietojen, komorbiditeetin ja hoidon tulosten välillä ei havaittu ainakaan tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä, mikä saattoi johtua mahdollisten alaryhmien pienestä koosta tai hoidon tarpeenmukaisesta luonteesta.

Lopuksi

Tässä kuten aiemmassakin kotimaisessa tutkimuksessa (Baas & Seppänen-Leiman 2000) tuettu päihitteettömyys, yhteistyössä toteutettu adekvaatti lääkehoito, aktiivisesta huumeidenkäyttäjaverkostosta irrottautuminen ja mielekkään arjen rakenta-

KIRJALLISUUS

- Baas, Ari & Seppänen-Leiman T.: Kadulta korvaushoitoon. Helsinki: A-klinikkasäätiö, 2000.
- Espegren, Olav O & Kristensen, Øistein: Cost/benefit study – Financial Gains for Society by MMP. ISAM, 2012. <http://www.isamweb.com/media/Abstracts/Abstracts/14.24%20Espegren.pdf> (Luettu 23.11.2014)
- Kakko, Johan & Grönbladh, Leif & Svanborg, Kerstin Dybrandt & von Wachenfeldt, Joachim & Rück Christian & Rawlings Bob & Nilsson Lars-Håkan & Heilig Markus: A stepped care strategy using buprenorphine and methadone versus conventional methadone maintenance in heroin dependence: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* (2007): 164, 797-803.
- Koski-Jännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.): Kohti muutosta – Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi, 2008.
- Käver, Anna & Nilsonne, Åsa: Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaa persoonallisuuden hoidossa. Helsinki: Edita 2004.
- Laine, Pekka & Räisänen, Tuija: Vieroitus- ja korvaushoito opiaateilla. Oulun yliopistollinen sairaala, Psykiatrian tulosalue, 2015. http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/27549_opioidiohje1.pdf (luettu 20.04.2015)
- Laine, Pekka: Päihdeongelmien kiireetön hoito. Yhteinäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:31. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8278.pdf (luettu 8.4.2015)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista STM 17.8.1992/785 6§.
- Littlewood, Richard: luento, The 7th Nordic Opioid addiction treatment conference, Helsinki 2014.
- Pirkola, Sami & Heikman, Pertti & Vormaa, Helena & Turtiainen, Saija: Opioidikorvaushoito päihdepsykiatriassa. *Duodecim* 123 (2007): 16,

minen olivat yhteydessä onnistuneeseen korvaushoitoon. Tämä tutkimus osoittaa, mihin hoidolla voidaan parhaimmillaan päästä suomalaisessa ympäristössä, mutta resurssit ja tahtotila määräävät sen, kuinka korvaushoidon mahdollisuuksia hyödynnetään (Simojoki & al. 2012, 1737–1739).

- 1973–1981.
- Simojoki, Kaarlo & Pentikäinen, Hannu & Fabritius, Carola & Vuori, Erkki: Hukkaammeko korvaushoidon mahdollisuudet? *Duodecim* 128 (2012): 17, 1737–1739.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisen vieroitus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä. Asetus 33/2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma 1997:28: Määräykset opioidiriippuvaisen potilaiden hoidosta erällä lääkkeillä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1997.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä: Huumeongelman hoito. Käypä hoito -suositus. *Duodecim* 2006;122:596–614. http://www.kaypahoito/huumeongelman_hoito (luettu 23.11.2014)
- Tourunen, Jouni & Pitkänen, Tuuli & Harju-Koskelin, Outi & Häkkinen, Anitta & Holopainen, Antti: Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. K- ja Vieroituspoliklinikoilla vuosina 2002–2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisen potilaiden korvaushoidon seuranta. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (2009): 4, 421–428.
- Tuomisto, Martti (toim.): Käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian teoriaa ja käytäntöä: osat 1–3. Tampere: Tampereen yliopistopaino, 2009.
- Vormaa, Helena & Sokero, Petteri & Turtiainen, Saija & Katila, Heikki: Opioidikorvaushoito tehoaa; korvaushoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000–2002. *Suomen Lääkärilehti* (2005): 60, 1013–1016.
- Vormaa, Helena & Sokero, Petteri & Turtiainen, Saija & Katila, Heikki: Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005. *Suomen Lääkärilehti* (2009): 64, 1853–1857.
- Young, Jeffrey & Klosko, Janet & Weishaar, Marjorie: Skeematerapia. Helsinki: Edita, 2012.

TIIVISTELMÄ

Pekka Laine & Riikka Annila: Opioidikorvaushoito voi mahdollistaa työllistymisen

Tutkimme erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon yhteistyön tuloksia 47 potilaan opioidikorvaushoidossa OYS Psykiatrian klinikan ja Oulun ympäristökuntien alueella. Moniammatillisessa ja tarpeenmukaisessa kuntoutuksessa on tarvittu niin rajojen asettamista kuin terapeutin yhteistyösuhteen

rakentamista. Buprenorfiini-naloksoni -yhdistelmän lähes yksinomainen käyttö perustui potilaiden valinnanvapauteen. Vaikeangelmiaisista potilaista kolmannes (38 %) saatiin vuodessa työllistettyä joko vapaille markkinoille tai kuntouttavaan työhön ja kahdessa yli puolet (56 %). Osan kohdalla pysyminen pois aktiivisesta huumeakaupasta on jo riittävä tulos.